FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948

THÈSE N° 604

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Geneviève van GROENENDAEL

Née le 14 Décembre 1923, à Angers

Présentée et soutenue publiquement le 22 JUIN 1948

SYNDROME ALLERGIQUE A BASCULE

(Urticaire et crises abdominales)

ESSAI PATHOGÉNIQUE

Président : M. le Professeur BINET, *Doyen*

ANGERS
L'IMPRIMERIE DE L'ANJOU
21, BOULEVARD GASTON-DUMESNIL, 21

1948

BACK ISSUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : GROENENDAEL.

Prénoms : Geneviève.

(éventuellement) :
Nom de jeune fille :

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

GROENENDAEL (Geneviève).
— Syndrome allergique à bascule (urticaire et crises abdominales). Essai pathogénique. — *Angers, l'Imp. de l'Anjou*, 1948, in-8°, 60 p.

(*Th. méd.* (*Et.*), *Paris 1948.* N°).

GROENENDAEL (Geneviève).
— Syndrome allergique à bascule (urticaire et crises abdominales). Essai pathogénique. — *Angers, l'Imp. de l'Anjou*, 1948, in-8°, 60 p.

(*Th. méd.* (*Et.*), *Paris 1948.* N°).

GROENENDAEL (Geneviève).
— Syndrome allergique à bascule (urticaire et crises abdominales). Essai pathogénique. — *Angers, l'Imp. de l'Anjou*, 1948, in-8°, 60 p.

(*Th. méd.* (*Et.*), *Paris 1948.* N°).

GROENENDAEL (Geneviève).
— Syndrome allergique à bascule (urticaire et crises abdominales). Essai pathogénique. — *Angers, l'Imp. de l'Anjou*, 1948, in-8°, 60 p.

(*Th. méd.* (*Et.*), *Paris 1948.* N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : GROENENDAEL.

Prénoms : Geneviève.

(Souligner l'usuel)

Nom de jeune fille :

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux dernières cases seront complétées par le service de la Scolarité.)

GROENENDAEL (Geneviève).

— Syndrome allergique à basculo (urticaire et crises abdominales). Essai pathogénique. — Angers, Imp. de l'Anjou, 1948. In-8°, 60 p.

(Th. méd. Bl.). Paris 1948. N°)

GROENENDAEL (Geneviève).

— Syndrome allergique à basculo (urticaire et crises abdominales). Essai pathogénique. — Angers, Imp. de l'Anjou, 1948. In-8°, 60 p.

(Th. méd. Bl.). Paris 1948. N°)

GROENENDAEL (Geneviève).

— Syndrome allergique à basculo (urticaire et crises abdominales). Essai pathogénique. — Angers, Imp. de l'Anjou, 1948. In-8°, 60 p.

(Th. méd. Bl.). Paris 1948. N°)

GROENENDAEL (Geneviève).

— Syndrome allergique à basculo (urticaire et crises abdominales). Essai pathogénique. — Angers, Imp. de l'Anjou, 1948. In-8°, 60 p.

(Th. méd. Bl.). Paris 1948. N°)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Geneviève van GROENENDAEL

Née le 14 Décembre 1923, à Angers

Présentée et soutenue publiquement le

SYNDROME ALLERGIQUE A BASCULE

(Urticaire et crises abdominales)

ESSAI PATHOGÉNIQUE

Président : M. le Professeur BINET, *Doyen*

ANGERS
L'IMPRIMERIE DE L'ANJOU
21, BOULEVARD GASTON-DUMESNIL, 21

1948

DOYENS HONORAIRES :

MM. BALTHAZARD, ROUSSY, BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBERTIN, BALTHAZARD, BASSET, BAUDOUIN, BEZANÇON, BRINDEAU, CARNOT, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, A. COUVELAIRE, DELBET, HARTMANN, HEITZ-BOYER, JEANNIN, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUBRY, LEMIERRE, LENORMANT, MARION, MULON, OMBRÉDANNE, ROUSSY, ROUVIÈRE, SANNIÉ, SÉBILEAU, SÉZARY, TANON.

DOYEN ..... Léon BINET.
Membre de l'Institut.

ASSESSEUR ..... Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-Sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Clinique cardiologique	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	ROBERT DEBRÉ.
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE.
Cliniques médicales	BENARD (H.). LAROCHE (Guy). HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR-VALLERY-RADOT
Clinique de neuro-chirurgie	N...
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL. LEVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	CHABROL.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	N...
Histologie	CHAMPY.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PROFESSEURS (*suite*)

	MM.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	JUSTIN BESANÇON.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	LÉON BINET.
Problèmes alimentaires (*chaire à titre personnel*)	RICHET (Ch.).
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (H.).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	N...

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DESOILLE (Médecine légale), DOGNON (Physique médicale), GAILLARD (Parasitologie), HALPHEN (O. R. L.), JAYLE (M.) (Chimie médicale), Mlle J. LÉVY (Pharmacologie), OLIVIER (Anatomie).

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER. DELMAS. N... ff. DEBEYRE.
Anatomie pathologique	DELARUE. Mlle GAUTHIER-VILLARS
Bactériologie	BONNET. FASQUELLE.
Biochimie médicale	ETTORI. SCHAPIRA.
Dermato-Syphiligraphie	DEGOS.
Histologie	BULLIARD. COUJARD. DESCLAUX.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER. DEPARIS.
Neurologie	DE SÈZE.
Obstétrique	DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT.
Ophtalmologie	OFFRET.
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN.
Parasitologie	BRUMPT, L. C.
Pathologie chirurgicale	FEVRE. HUGIER. LÉGER. MERLE D'AUBIGNÉ.
Pathologie chirurgicale	PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD.
Pathologie expérimentale.	MERKLEN. BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (Gilbert) FAUVERT. GARCIN.
Pathologie médicale	HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIE.
Pédiatrie	LAPLANE. MARIE (Julien).
Pharmacologie	CHEYMOL.
Physiologie	BARGETON. PARROT.
Physique médicale	DJOURNO.
Psychiatrie	BARUK.
Thérapeutique Agr. ch. d'ens.	BROUET.
Urologie	COUVELAINE (R.).

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (Pathologie chirurgicale), BRINDEAU (Obstétrique), HUGUENIN (Anatomie pathologique), LE LORIER (Obstétrique), VAUDESCAL (Obstétrique).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT.

	MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE. BASSET. DE GAUDART D'ALLAINES FUNCK-BRENTANO. GATELLIER. MENEGAUX.
Clinique médicale	BARIETY. BOULIN. CHEVALLIER. COSTE. HAGUENAU. MOUQUIN. TURPIN.
Clinique obstétricale	ECALLE. LACOMME.
Clinique ophtalmologique	RENARD.
Clinique oto-rhino-laryngologique	HALPHEN.

V. — CHARGÉS DE COURS

	M.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

	MM.
Bibliothécaire en Chef	Dr A. HAHN.
Bibliothécaires	MMlles DUMAITRE, GOI CHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES AIEUX

Bâtisseur d'églises
Polémiste chrétien

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Docteur en Droit
Docteur en Sciences Politiques et Sociales

Témoin d'une foi et d'une bonté inlassables.

A MA MERE

Modèle de fidèle dévouement.

A TOUS MES FRERES ET SŒURS

Dont l'exemple et l'affection ont charmé mon enfance.

A LA MEMOIRE DU GENERAL WERBROUCK

De l'armée belge

A MADEMOISELLE WERBROUCK

Docteur en Histoire
Diplômée de l'Ecole du Louvre
Directrice de la Fondation Egyptologique Reine-Elisabeth

Qui m'a guidée sans lassitude.
Très vive reconnaissance.

A NOS AMIS FIDELES

A CEUX QUI NOUS ONT AIDES

Et que nous ne saurions oublier.

AU DOCTEUR MENARD

Membre de la Société Française de Dermatologie
Chargé du Cours de Parasitologie
Chef des Travaux de Bactériologie
à l'Ecole de Médecine d'Angers

Mon guide et mon modèle.
Qui m'a donné le sujet de cette thèse, et qui a bien voulu m'associer à ses travaux.
Témoignage de profonde gratitude.

A SA FAMILLE

Pour l'accueil sympathique qu'elle m'a réservée chez elle.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BINET

Doyen de la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Membre de l'Institut
Grand-Officier de la Légion d'Honneur

Je le remercie du grand honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MES MAITRES DANS L'ENSEIGNEMENT

A MES MAITRES
DE L'UNIVERSITE CATHOLIQUE D'ANGERS

A MES MAITRES
DE L'HOTEL-DIEU
ET DE L'ECOLE DE MEDECINE

A la memoire du Docteur GAUGAIN

A Messieurs les Docteurs

DENECHEAU, METZGER, BOUMARD

AMSLER, BARRITAULT, BAYLE, BIGOT, CLOSIER, COURTILLIE, DELAITRE, FOUGERAS, FREBET, GOYER, HERMANN, HY, JOLY, LECOQ, MARTIN, MENARD, NAULLEAU, NEDELEC, PERREAU, ROUCHY, ROUSSEAU, SARAZIN, SIZARET, TESTARD, VAUCLIN, VERSTRATE.

A MES CAMARADES DE L'ECOLE

En souvenir de 7 bonnes années.

INTRODUCTION

L'allergie — cutanée ou viscérale — a suscité bien des travaux, soulevé bien des enthousiasmes ; elle a aussi apporté aux chercheurs bien des déceptions, et nombre de problèmes à son sujet sont demeurés sans solution.

Traduction pourtant d'un même état morbide, les manifestations cliniques sont essentiellement polymorphes, parfois même déconcertantes. Elles varient non seulement d'un sujet à un autre, mais encore chez le même individu. Il est classique qu'un malade dont l'existence est troublée de poussées urticariennes voit un beau jour ses accidents cutanés disparaître pour faire place à des crises d'asthme, des migraines, sans qu'un retour ultérieur des crises ortiées lui soit interdit. En somme tout se passe comme chez un homme en proie à une violente colère, qui frappera autrui, brisera un objet ou se suicidera suivant que quelqu'un se trouvera près de lui, qu'un vase de prix sera à portée de sa main, ou que le voisinage d'une fenêtre l'attirera.

La succession des formules cliniques n'est pas la seule possibilité de l'allergie, leur association est

également fréquente. Tous les médecins ont vu des éruptions urticariennes coexister avec des accidents digestifs et s'éteindre en même temps qu'eux.

Mais il est un fait qui nous a paru plus exceptionnel et plus curieux, et qui se caractérise par l'alternance brutale, sans intervalle libre, et répétée au cours d'un même épisode, d'éruptions cutanées et de manifestations viscérales. Les deux aspects cliniques se déroulent suivant un rythme à bascule, les deux ordres d'accidents s'équilibrent à la façon des deux plateaux d'une balance.

Monsieur le Docteur MÉNARD a bien voulu nous communiquer quelques-unes de ses observations, et nous avons eu l'occasion d'en suivre deux cas avec lui. Nous nous proposons, dans ce modeste travail, de schématiser ce syndrome d'allergie à bascule, en essayant d'en analyser en clinicien le processus pathogénique. Pour nous limiter, nous nous contenterons d'envisager des cas d'alternance entre des poussées d'urticaire et des crises abdominales, bien que nous ayons observé des alternances cutanées et respiratoires à bascule.

CHAPITRE PREMIER

LES OBSERVATIONS

Observation I (Dr Ménard).

M. B... est un apprenti forgeron de 17 ans. Le père est imprégné d'éthyle ; la mère a eu des accidents hépatiques (lithiase) et rénaux chyperazotémie). C'est surtout une grande névropathe, une véritable pithiatique. Le jeune homme n'a aucun passé pathologique personnel, si ce n'est un catarrhe bronchique chronique dû au tabagisme, malgré le jeune âge.

B... fait une trachéo-bronchite banale, accompagnée d'une petite ébauche fébrile. Il consulte un lundi et reçoit le conseil de prendre une potion au benzoate de soude, quelques capsules d'eucalyptine, et de faire un peu de révulsion. Cinq jours plus tard, le samedi suivant, le malade est revu, ses accidents respiratoires sont terminés ; mais depuis la nuit précédente, il accuse des crises abdominales paroxystiques, brèves, mais affreusement douloureuses, s'accompagnant à

chaque fois d'une fusée diarrhéique. Lors de l'examen, le patient ne souffre plus du ventre, la clinique est négative ; et on note seulement sur les avant-bras quelques papules urticariennes. Il n'y a pas de prurit, cette minime éruption est passée inaperçue du malade. On prescrit un peu de peptones.

Quelques heures plus tard, on nous avise que les crises abdominales ont réapparu, encore plus intenses et plus fréquentes, et on sollicite un traitement pour calmer le jeune homme. On fait donner un lavement laudanisé.

Le lendemain matin, un appel impératif nous invite à nous rendre de toute urgence au chevet du malade : le tableau est transformé ; ce n'est plus l'adolescent souriant de la veille mais un patient au faciès pâle et anxieux, extrêmement impressionnant. Il est immobile ; l'œil est terne, la pupille en myosis, les extrémités sont moites et froides ; il n'y a pas de fièvre, le pouls est lent, la tension artérielle abaissée. A l'examen, ventre de bois, dont la palpation est épouvantablement douloureuse. La souffrance arrache des cris au malade, qui à tout moment a des expulsions intestinales en fusée.

Au bout de 10 minutes, avec une brusquerie vraiment surprenante, la situation se transforme à nouveau : le visage se recolore, le pouls reprend une cadence normale, la tension est remontée, la douleur a disparu ; l'œil devient brillant, la pupille se dilate, les mains se réchauffent ; le ventre a retrouvé sa souplesse, le jeune homme est souriant ; il s'agite, mais commence immédiatement à se gratter avec frénésie

sie ; de larges plaques urticariennes apparaissent, elles se généralisent en 1/4 d'heure.

Après une heure, l'urticaire disparaît comme par enchantement, quand le syndrome pseudo-péritonéal éclate à nouveau. Nous restons des heures au chevet de ce patient, et nous pouvons constater que toutes les heures environ, l'alternance abdomino-tégumentaire se réalise. C'est un dimanche interminable pour le malade, sa famille, et même son médecin.

Dans la soirée, les douleurs abdominales cessent, et l'urticaire seule persiste, s'accompagnant de quelques arthralgies. L'éruption s'éteint progressivement ; en 5 à 6 jours tout rentre dans l'ordre, d'une manière qu'on peut considérer comme définitive, puisque ces accidents remontent à 9 ans, et ne sont jamais réapparus.

Observation II (Dr Ménard).

Le jeune H... a 7 ans. Hérédité hépatique. Intellect familial très moyen. Dans son passé personnel une appendicite opérée à chaud.

On m'appelle à 7 heures du matin parce que depuis quelques heures l'enfant souffre horriblement du ventre. Il a quelques selles liquides, pas de vomissements ; bradycardie, une apyrexie absolue ; visage pâle, myosis, mains froides. L'abdomen est dur et météorique. Examen clinique négatif par ailleurs. Analyse d'urine : ni sucre, ni albumine, ni acétone.

L'enfant est revu à midi. On apprend que depuis

11 heures il ne souffre plus du tout ; mais qu'au moment précis où ses douleurs abdominales ont cessé, il s'est recouvert de « boutons ». On constate de fait que le ventre est devenu souple et indolore ; la diarrhée a cessé, et le malade est couvert d'une urticaire généralisée dont le prurit résume toute la symptomatologie subjective ; l'enfant est agité, tachycardie, yeux vifs, visage coloré.

A ce moment, la famille consent à nous donner quelques explications sur le début des accidents ; la veille, l'enfant est rentré de l'école à 16 heures, couvert de « cloques » qui le démangeaient mais fort en appétit, il a copieusement goûté de pâté. L'éruption prurigineuse a persisté, troublant le sommeil, et n'a cessé qu'avec l'éclosion de la crise abdominale.

A ce deuxième examen de midi, la famille si bouleversée le matin, est complètement rassurée, considérant l'incident comme clos et ne regardant l'élément cutané que comme un épiphénomène négligeable.

A 16 heures, appel téléphonique urgent : l'urticaire a disparu subitement, et depuis lors, le drame abdominal a repris, semant à nouveau la panique. La crise est plus intense que le matin même. Pour des raisons indépendantes de notre volonté, on ne doit revoir le petit malade qu'à 18 heures. En arrivant, nous le trouvons souriant, simplement incommodé d'une démangeaison réapparue avec le retour de l'urticaire qui 1/4 d'heure plus tôt venait de chasser le syndrome abdominal. Progressivement, les efflorescences cutanées s'estompent, puis disparaissent au cours de la nuit, mettant un terme aux accidents.

Observation III (Dr. Ménard).

Mme Berthe P..., fille d'une névropathe migraineuse est une cultivatrice de 24 ans. Elle n'a pas de passé pathologique. Lorsqu'un beau jour, brutalement, éclate un syndrome douloureux de l'hypocondre droit, sans température, avec irradiation scapulaire ; bref, le tableau classique d'une colique hépatique. La face est pâle, le pouls lent, la tension basse. Elle souffre à crier pendant 3 ou 4 heures. Et tout à coup, elle est subitement délivrée mais constate avec stupéfaction que son corps est couvert d'une éruption prurigineuse en présence de laquelle le diagnostic d'urticaire s'impose.

Cet état, malgré le traitement, va persister 5 jours. Et brusquement cèdera la place à une nouvelle manifestation pseudo-lithiasique ; strictement comparable à la première, mais qui va persister pendant 24 heures. Le lendemain, après évanouissement du syndrome abdominal, réapparition de l'urticaire qui va peu à peu s'éteindre en quelques jours.

Une semaine plus tard, nouvelle série d'accidents à bascule, pseudo-lithiasiques et cutanés, dont l'ensemble dure 5 ou 6 jours ; puis encore un nouvel épisode une semaine plus tard. Bref, le tout a duré un grand mois. Toutes les recherches destinées à mettre en évidence une lésion organique hépato-vésiculaire sont demeurées négatives. Seul le foie a paru un peu gros, et encore !

Nous pensions les accidents terminés, quand après 4 semaines de silence, de nouvelles alternances abdo-

minales et tégumentaires ont fait leur apparition pour une durée de 3 semaines. Enfin, nouveau calme d'un mois, et dernières manifestations de symptomatologie identique pendant 3 semaines.

Tout est rentré dans l'ordre depuis 4 ans, bien que de temps à autre de petites poussées de dyspepsie, certainement de nature allergique, viennent troubler la santé de l'intéressée.

Observation IV (Dr Ménard).

Mme G..., 56 ans, est une parisienne dont les perturbations neuro-végétatives s'accompagnent d'un véritable déséquilibre mental ; c'est une amphotonique à prédominance sympathique. Elle a présenté au cours de son existence de multiples accidents hépatiques et intestinaux, traités par le Dr de Nabias. Aucune grossesse ; pas de fausses couches ; ménopause réalisée sans incident notable.

Un soir, au dîner, elle consomme du pâté. Brusquement dans la nuit éclate une crise d'urticaire intense, qui dure 36 heures et cède subitement lors de l'apparition d'un syndrome douloureux de l'épigastre, si dramatique qu'il donne le tableau d'une perforation de l'estomac. Cette situation alarmante et troublante persiste 3 heures, et guérit en quelques instants au moment où l'urticaire fleurit à nouveau et cette fois, pour une journée entière. Nouvelle disparition des efflorescences cutanées, coïncidant avec le déclenchement d'un syndrome abdominal douloureux, géné-

ralisé cette fois, et en imposant au médecin traitant pour une occlusion intestinale.

C'est à ce moment qu'on prend notre avis. La malade est pâle, le pouls est lent, la tension basse, les extrémités glacées. L'évolution alternante des accidents nous permet de rassurer la malade et son entourage.

La suite des événements nous donne raison : le lendemain, l'urticaire en réapparaissant éteint les manifestations abdominales et confirme notre opinion.

24 heures plus tard, toute efflorescence a disparu, l'incident est terminé.

Observation V (Dr Ménard et G. van Groenendael).

Mme Marguerite D... 39 ans, est la 4e d'une fratrie de cinq dont 4 seulement sont vivants. La mère est atteinte de lithiase biliaire ; c'est une famille de nerveux, un frère de la malade est un véritable maniaque.

Mme D... a eu quatre enfants. Dans son passé, rien de notable, si ce n'est qu'elle a comme ses frères et sœurs un teint sub-ictérique à peu près constant. Elle est atteinte d'uronéphrose droite, vérifiée par uro-sélectan.

Un vendredi elle est prise d'une angine ; elle nous fait appeler le samedi, c'est le tableau clinique d'une angine diphtérique, avec des fausses membranes grisâtres, une petite température à 38°5 ; un ensemen-

cement sur serum coagulé donne en 18 heures d'abondantes colonies de bacilles de Loeffler moyens et gros. L'évolution est rapide, 35.000 u de sérum sont suffisantes pour juguler les accidents morbides.

Huit jours plus tard, apparaît dans l'après-midi une urticaire sérique, d'intensité moyenne. qui augmente dans la soirée, pour devenir intolérable vers 23 heures. A ce moment précis, évanouissement brusque de l'éruption et apparition de douleurs épigastriques horriblement violentes, qui motivent notre appel à 1 heure du matin.

A l'examen, les téguments sont nets, mais la crise abdominale impressionnante : la malade est pâle, angoissée, défaillante, elle a la sensation de mort imminente. Objectivement, c'est le tableau d'une crise solaire. Tout à coup, 1/2 heure environ après notre arrivée, la malade se sent moins gênée ; l'épigastre, si tendu tout à l'heure, devient souple ; le visage de la malade se recolore ; le pouls qui était lent, s'accélère, la tension, de 8/4 remonte à 10/4. La patiente se déclare guérie. Mais au niveau du cou, nous surprenons des papules ortiées, qui deviennent rapidement confluentes ; de véritables plaques se dessinent, et en une dizaine de minutes, une éruption généralisée d'urticaire est constituée, la malade en proie à des démangeaisons insupportables.

Pendant cinq ou six jours, les alternances se sont répétées ; urticaire et crises abdominales douloureuses étant de moins en moins violentes, mais conservant la même brusquerie d'apparition et de disparition. Enfin une dernière poussée d'urticaire plus dis-

crète encore que les précédentes, s'est éteinte progressivement, sans être suivie d'autre manifestation douloureuse.

Observation VI (Dr Ménard et G. van Groenendael).

Mlle B... est une petite couturière de village, âgée de 21 ans. Ses parents sont tous deux éthyliques, la mère y joint un gros élément névropathique. Melle B... a un teint cholémique ; elle a une sœur névropathe, et un demi-frère dont le passé est chargé d'incidents hépato-digestifs.

A 19 ans, elle a fait un érythème noueux.

Un samedi, elle appelle pour un « mal de gorge » apparu le matin même, et accompagné d'un important malaise général. Le tableau est celui d'une diphtérie, que vérifie la culture de l'exsudat. La petite malade reçoit en deux jours 35.000 u de sérum et les signes pharyngés disparaissent en 48 heures. Au 10e jour, la malade fait une éruption urticarienne, d'abord localisée à la face externe de la cuisse, où l'on avait pratiqué l'injection de sérum. En 5 à 6 heures, l'éruption se généralise, sans toutefois être trop insupportable. Il semblait s'agir d'une éruption post-sérique classique, et la malade est rassurée. Le lendemain matin vers 10 heures, sa mère vient nous rechercher de toute urgence ; sa fille a une douleur abdominale atroce, qui vient de s'installer avec une brutalité extrême, et interdit tout mouvement à la jeune patiente. Nous trouvons en effet celle-ci en proie à une dyspnée

importante, anxieuse, refusant de mouvoir ses membres inférieurs de crainte d'augmenter sa douleur. Le ventre est dur, douloureux, impalpable. Par ailleurs, aucun signe clinique, et en particulier une conservation des réflexes achiléens, patellaires ; les cutanés plantaires sont en flexion.

Nous remarquons toutefois que les téguments ne présentent plus aucune éruption, pour laquelle on nous avait consulté la veille. Et la maman nous apprend que depuis quelques minutes sa fille avait cessé de gratter, se trouvait guérie, quand sa douleur abdominale a commencé.

Instruits par l'expérience, nous pensons qu'il peut s'agir d'une manifestation allergique, et nous décidons d'attendre. La crise viscérale se prolonge toute la journée. Subitement vers le soir, l'angoisse disparaît, une impression d'euphorie envahit la malade, et en quelques instants elle se remet à gratter avec frénésie. Sa peau se couvre à nouveau d'une urticaire qui va persister presque une semaine entière, pour s'éteindre très progressivement.

La lecture de ces observations suggère diverses constatations :

Tout d'abord, du côté des patients.

1° Le syndrome cutanéo-abdominal à bascule peut être observé chez les malades les plus différents :

— l'âge de nos malades s'échelonne de 7 à 56 ans ;

— les deux sexes peuvent être intéressés : sur nos

6 cas, nous avons quatre sujets du sexe féminin, et deux du sexe masculin. Mais il faut noter que ces deux derniers sont représentés par un jeune homme de 17 ans, et un bambin de 7 ans ; nous n'avons pas un seul homme adulte.

— la profession et le genre de vie sont aussi variés que possible : un jeune artisan de village, un petit garçon de ferme, une cultivatrice, deux femmes sans profession, vivant l'une dans le monde des affaires à Paris, et l'autre dans un centre ouvrier ; une couturière enfin.

2° Deux points communs cependant chez nos patients :

D'abord, on retrouve chez tous des signes d' « hépatisme » (terme aussi regrettable dans son imprécision que satisfaisant par l'étendue de sa signification) il groupe en effet tous les états allant des lésions organiques du foie, jusqu'aux manifestations de l'insuffisance affirmée par le laboratoire, jusqu'aux troubles fonctionnels qui par leur symptomatologie clinique et par l'épreuve thérapeutique sont convaincus d'origine hépatique. Ce terme d'hépatisme, dont nous souhaitons la disparition sans doute, ne nous paraît pas à l'heure actuelle susceptible d'être retranché du vocabulaire médical.

Ensuite, nous remarquons que tous sans exception sont entachés d'une hérédité nerveuse ; qu'ils sont tous des amphotoniques ; qu'au cours des crises abdominales, ils présentent tous un syndrome accusé d'hypervagotonie qui disparaît (lorsqu'il n'est pas remplacé par un tableau d'hypersympathicotonie) au cours des poussées ortiées.

D'autre part, du côté des manifestations cliniques.

1° Le syndrome cutanéo-abdominal à bascule se caractérise avant tout par la brusquerie avec laquelle se succèdent les deux formules symptomatiques.

Ce terme de succéder a ici toute sa valeur : pas de transition, pas de chevauchement, comme si l'apparition de l'une de ces manifestations éteignait obligatoirement l'existence de l'autre.

2° La durée du syndrome est variable : quelques jours d'ordinaire, mais parfois plusieurs semaines.

3° Le nombre des alternances est lui-même essentiellement variable, et va de l'encadrement d'une seule crise abdominale par deux réactions urticariennes, jusqu'à une succession de cinq ou six manifestations. A noter que la durée du syndrome n'est pas fonction du nombre des alternances.

4° Chez tous nos malades, si la première manifestation a été variable, la dernière fut toujours cutanée et à disparition progressive contrastant avec la brusquerie avec laquelle elle laissait place aux manifestations abdominales.

CHAPITRE II

NATURE DES ACCIDENTS

Quelle est la nature de ces accidents ?

Et, en tout premier lieu, ces deux ordres de manifestations sont-ils ou non de même essence ? Constituent-ils la traduction clinique de deux affections différentes, ou bien ne représentent-ils que deux modalités objectives d'un même état morbide ?

Le simple raisonnement, le plus élémentaire bon sens invitent à envisager cette seconde hypothèse. L'esprit admet mal en effet la possibilité de deux maladies indépendantes prenant alternativement le premier pas, l'une annihilant l'autre complètement et momentanément, avec une brusquerie déconcertante. La clinique et l'anatomie vont s'allier pour entraîner la conviction, la première rendant compte de la diversité symptomatique, la seconde de l'unité lésionnelle.

Que nous apprend, d'une part, l'observation des malades ? C'est à ne considérer l'urticaire que comme

une des manifestations, tégumentaire, d'un état particulier que nous appellerons l' « état allergique » en donnant à cette expression un sens aussi large que possible, et en ne lui conférant, pour l'instant du moins, aucune signification pathogénique précise. Nous reviendrons sur ce point.

Ce que nous enseigne également la clinique, c'est que les malades, entachés de cet état allergique, sont susceptibles aussi de formules objectives les plus diverses, et d'ordre viscéral : asthme, migraines ; et également de syndromes abdominaux douloureux fallacieux. Nous les inscrirons sous la rubrique « manifestations allergiques de la sphère digestive », préférable à notre sens, au terme d'allergie digestive qui admet (ce qui est loin d'être toujours vrai) l'origine alimentaire de ces accidents. Bien entendu, ces derniers peuvent évoluer sans aucune localisation cutanée simultanée ou alternée, ce qui rend le diagnostic encore plus difficile.

Ces manifestations, dans le cadre digestif, sont essentiellement polymorphes : elles vont, dans le domaine gastrique de la simple pesanteur post-prandiale jusqu'à l'ulcération ; au niveau de l'intestin, du ballonnement au tableau de l'appendicite, au syndrome péritonéal, et même jusqu'à l'infarctus ; du côté du foie, de la banale douleur de l'hypocondre droit jusqu'au syndrome de colique hépatique. Il n'est donc pas choquant d'admettre chez nos six malades une origine commune aux accidents viscéraux et aux phénomènes tégumentaires.

Ce polymorphisme vérifie bien ce fait que dans l'in-

tolérance, à l'opposé de ce qui se passe dans l'intoxication, le cortège symptomatique est fonction du terrain, et non du réactogène. Rigoureusement, cette diversité est plus apparente que réelle car elle est strictement d'ordre clinique, et l'état lésionnel, vu de haut, est identique ; c'est le siège qui varie.

Interrogeons donc, d'autre part, l'anatomie pathologique. Les lésions de l'urticaire résultent « manifestement, écrit M. Civatte, d'une congestion locale des vaisseaux cutanés, avec exsudation séreuse, surtout dans le corps papillaire, pouvant gagner l'hypoderme, et plus rarement le derme ».

Au niveau de l'estomac, les travaux de P. Chevallier à Paris, de J. Gâté et ses collaborateurs à Lyon, ont montré grâce à la mise en œuvre de la gastroscopie systématique, qu'il existe des plaques d'urticaire vraie au niveau de la muqueuse gastrique, de structure histologique bien entendu identique aux papules ortiées de la peau. En ce qui concerne les accidents pseudo-péritonéaux, certaines interventions pratiquées avec une erreur de diagnostic et malgré l'avis du médecin traitant (Willemin-Clog, *Phare Méd.*, Nov. 1938), et des expérimentations diverses, ont montré une congestion intense des deux feuillets péritonéaux, un gros état congestif de l'intestin grêle, une importante tuméfaction des ganglions mésentériques, enfin un exsudat sanguinolent. On retrouve même cette notion d'œdème dans l'infarctus intestinal allergique (Grégoire).

Dans les manifestations hépatiques, on note une congestion totale de l'organe, conséquence d'un trou-

ble de la circulation sanguine et de la sécrétion biliaire intra-hépatique.

Donc toutes ces lésions ont un caractère anatomique commun, quel que soit leur siège : c'est la congestion et l'œdème.

C'est non seulement dans leur qualité que ces lésions sont similaires, mais encore dans leur intensité : au niveau de la peau, la congestion est-elle plus importante, l'œdème plus intense, c'est l'urticaire œdémateuse, l'œdème de Quincke ; mais cet œdème angio-neurotique, nous le retrouvons au niveau même de la muqueuse gastrique, ainsi qu'en témoignent de belles photographies publiées par MM. Paul Chevallier et François Moutier (*Presse Médicale*, 25. XII 1946).

L'intensité du processus congestif atteint-elle son maximum, c'est au niveau de la peau l'urticaire bulleuse, puis l'urticaire hémorragique (R. Chevallier) ; c'est au niveau de l'intestin la recto-colite hémorragique (J. Soullard ; anatomopathologie Rachet, Delarue, Busson).

Nous voudrions, en passant, souligner le fait que ces divers accidents se déroulant au niveau de l'appareil digestif, ne sont pas obligatoirement la conséquence de l'ingestion de l'antigène : souvent la porte d'entrée est inconnue ; et parfois même elle n'est sûrement pas digestive. C'est ainsi que parmi nos six observations, l'introduction de l'antigène est mystérieuse dans 3 cas. Dans deux, c'est une sérothérapie sous-cutanée qui est responsable (Obs. V et VI) ; dans un cas seul (Obs. IV) il semble bien que la

porte d'entrée soit digestive ; les accidents étant survenus après la consommation d'un pâté par une malade qui depuis de longues années se soumettait à un régime extrêmement sévère, bien trop même à notre avis. D'ailleurs, ces accidents abdominaux allergiques d'origine sérique sont connus depuis longtemps, ainsi qu'en témoignent, entre autres travaux, les compte-rendus de la Société de Pédiâtrie en 1938, des publications de Grandmaison (*Gazette Méd.*, 1934), de Cathala, Garçin et Laplane (*Presse Méd.*, 1934), de Willemin-Clog (*Phare Méd.*, 1938).

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE DES ACCIDENTS ALLERGIQUES

Nombreuses sont les théories qui ont été émises pour expliquer la pathogénie des accidents allergiques. Nous rappellerons rapidement les principales.

1°) Théorie anaphylactique.

La première en date ; elle a pour origine la découverte par Richet et Portier du mécanisme de l'anaphylaxie : on remarque que prurit et urticaire sont les premières manifestations, cutanées, du choc anaphylactique.

Widal et ses élèves, en particulier Joltrain, étudient le choc colloïdoclasique : chûte brutale de la tension artérielle, inversion du rapport sérine globuline, leucopénie, inversion de la formule leucocytaire ; et souvent éosinophilie. Par la suite, on restreint la portée de la théorie, pour affirmer non seu-

lement que le choc hémoclasique accompagne la crise d'urticaire, sans en être nécessairement la cause.

Puis Tinel insiste sur le déséquilibre vago-sympathique coïncidant avec les accidents anaphylactiques.

Enfin Pasteur-Vallery-Radot, Ravaut, Tzanck, Ch. Richet, etc... mettent au point les intra-dermo et cutiréactions, conséquences logiques de la théorie anaphylactique.

En fait, la crise hémoclasique représente le syndrome humoral du choc. Ce choc déclenche en effet deux ordres d'accidents : les uns humoraux, les autres cutanés.

Il survient chez des sujets sensibilisés, par la seule adjonction d'une quantité infime de l'antigène, et s'accompagne d'un déséquilibre vago-sympathique.

Par ailleurs, (Ravaut) on trouvera souvent chez ces malades un trouble endocrinien ou une hérédité, syphilitique ou tuberculeuse, créant un terrain particulier.

Les différences entre les diverses manifestations sont liées à une sensibilité particulière de chaque individu vis-à-vis de l'antigène.

2°) Théorie chlorotique.

Paul Chevallier, avec François Moutier, remarque que l'atrophie gastrique liée à l'anémie s'accompagne souvent d'eczéma ou d'urticaire.

Par ailleurs, il note que l'urticaire (sur la peau : œdème, érythème, prurit) se retrouve au niveau de la muqueuse gastrique, coexistant ou non avec des poussées tégumentaires.

La papule urticarienne est une boule d'œdème, riche en lymphocytes exsudés hors des capillaires sanguins et lymphatiques dans le tissu conjonctif. Celui-ci, sous des influences nerveuses mal connues, se laisse dilater. Une zone de vaso-constriction entoure la zone de vaso-dilatation qui a produit l'œdème : paralysie du sympathique, selon les recherches de Laignel-Lavastine. La cause de l'urticaire est la fragilité du sympathique, la cause déclenchante est la présence de toxiques non éliminés dans le derme. L'urticaire chronique « digestive » s'accompagne souvent d'atrophie gastrique, et de signes d'anémie hypochrome.

L'auteur, reprenant l'idée de Trousseau et de Hayem, considère donc les urticaires comme les conséquences de l'anémie hypochrome, et les traite par le fer et l'acide chlorhydrique : ce dernier pour réduire l'hypochlorhydrie gastrique habituelle dans ces cas. Le fer aurait un pouvoir régulateur du sympathique, et tonique général, et permettrait un meilleur fonctionnement du méta-sympathique vasculaire.

3°) Théorie histaminique.

Basée surtout sur les recherches de Lœper et Marcel Perrault, elle est la traduction de la période chimique des recherches sur l'urticaire.

L'histamine, base toxique, est obtenue par simple décarboxylation de l'histidine (elle-même produite par l'hydrolyse des protéines, et répandue normalement dans tout l'organisme).

Introduite par voie intra-dermique, elle produit la triade de Lewis : rougeur locale, puis réaction éry-

thémateuse périphérique et boule d'œdème, avec sensation de prurit (Tinel).

A plus forte dose, on a le tableau de la crise hémoclasique, par excitation primitive du vague.

Le principe de la théorie histaminique est le suivant : l'histamine est formée au niveau de l'intestin par les fermentations microbiennes. Elle est prise dans la circulation. Si le foie a une fonction antitoxique insuffisante, l'histamine reste dans le sang et parvient aux capillaires. Au contact des fibres sensitives elle déclenche le prurit, l'œdème, où elle passe avec la sérosité, et finalement elle est éliminée par la peau.

La première localisation de l'urticaire serait due à une perturbation du système sensitivo-moteur latente. L'extension de l'urticaire aurait pour cause le grattage ; ce dernier donne une excitation douloureuse qui déclenche le réflexe d'axone : au lieu de suivre le trajet centripète habituel, l'excitation progresse en sens inverse, sans passer par la cellule nerveuse, donnant une vaso-dilatation dite « anti-dromique » (Tinel).

L'analogie est grande entre le choc histaminique et le choc anaphylactique : mêmes prédispositions : insuffisance hépato-rénale, vagotonie ; déséquilibre humoraux et sanguins ; mêmes tableaux cliniques ; même antidote : l'adrénaline.

4°) Théorie des floculats (J. Sédillot).

S'inspirant des cliniques de Trousseau, l'auteur élabore une théorie leucocytaire : il y aurait formation

brutale de floculats à détruire ; formation si abondante que la phagocytose ne suffit pas ; les histiocytes sont alors exsudés hors des capillaires de la peau, et libèrent leurs oxydases. La traduction clinique de cette phase serait les plaques ortiées et le prurit. Les débris des floculats, des leucocytes et des oxydases seraient transformés vraisemblablement en urée, reprise par la circulation.

L'auteur appuie sa théorie sur la cytologie de la bulle, où il a trouvé les grains éosinophiles (floculats) et les débris leucocytaires. La présence même de ces nombreux éosinophiles dans la bulle expliquerait leur absence dans le sang au moment de l'éruption — absence vérifiée par les travaux de Pasteur-Vallery-Radot.

L'action de l'adrénaline relèverait de la vaso-constriction vasculaire, interdisant la diapédèse leucocytaire.

Ces théories, qui ont connu des fortunes diverses, ont toutes leur valeur. Nous ne pensons pas qu'on puisse en adopter une seule sans réserve ; pas plus qu'on puisse en éliminer une définitivement sans appel. Suivant les cas, le processus pathogénique sera explicable rationnellement par l'une ou l'autre de ces disciplines, parfois même elles devront se compléter pour être satisfaisantes.

Mais quel que soit l'intérêt des protocoles pathogéniques sus-énoncés, ils n'expliquent pas tout. Un autre facteur est nécessaire aux réactions allergiques : c'est le terrain. Tous les auteurs le reconnais-

sent d'ailleurs. En effet, si certaines personnes ne peuvent consommer des fraises sans faire une poussée d'urticaire, nombreux sont ceux qui peuvent s'en régaler sans dommages. Bien plus, il est des sujets qui — pour suivre ce même exemple — ont pendant de longues années admirablement supporté les fraises, mais qui un beau jour présenteront des réactions ortiées après toute ingestion, et qui enfin, trois à quatre ans plus tard, pourront les tolérer à nouveau sans incident. Un cas personnel nous a montré une urticaire aux fraises ayant disparu spontanément à l'âge de 12 ans. Il y a donc des conditions individuelles, permanentes ou transitoires, constitutionnelles ou acquises, nécessaires aux réactions allergiques.

Est-ce là un point d'intérêt strictement spéculatif ? Assurément non ; c'est un objectif essentiellement pratique, qui attache à son étude ; car on ne doit pas ignorer qu'il est des cas, et nous en citerons des exemples où une médication tendant à la modification du terrain, et à celà seulement, sans le moindre secours d'une thérapeutique désensibilisante ou autre, entraînera une disparition rapide, complète et définitive des accidents.

Quel est donc ce terrain propice ? On a beaucoup épilogué et écrit sur ce sujet. Suivant les auteurs, tel ou tel facteur est surtout retenu ; nous pensons comme tout à l'heure qu'ils ont tous raison, tout est cas d'espèce, et notre conviction c'est qu'il n'y a pas un terrain favorable à l'allergie, mais de multiples terrains adequats. C'est pourquoi, lorsqu'on essaie de donner un nom à ce substratum indispensable, lors-

qu'on parle de terrain neuro-arthritique ou autre, on risque de se contenter d'un terme sans bases solides.

Et puisque pourtant la nécessité d'un traitement de ce fond est indiscutable, il faudrait le préciser ; et comme d'autre part il s'agit d'un état variable d'un sujet à l'autre, la chose paraît difficile. On ne peut y parvenir que par un examen méthodique auquel on doit s'astreindre pour chaque patient, et c'est le résultat d'une pratique vieille de 15 ans que nous voudrions schématiser.

L'étude générale du malade étant terminée, trois points sont à envisager et à étudier spécialement :

1°) Y a-t-il un état infectieux, héréditaire ou acquis ?

2°) Quelle est la qualité de la « dépuration » de l'organisme ?

3°) Y a-t-il des déséquilibres, de divers ordres ?

1° Point.

On a beaucoup parlé, à propos du terrain allergique, d'un état tuberculeux ou syphilitique ; la pratique, sur des centaines de malades observés et suivis, ne nous a pas permis de relever parmi eux une proportion de tuberculeux et de syphilitiques supérieure à celle de l'ensemble des individus. En particulier, nous n'avons jamais pu, par exemple, par un traitement anti-syphilitique seul, mettre un terme à des urticaires évoluant chez des spécifiques. Il nous faut, cependant, à ce propos, formuler deux précisions : tout d'abord, c'est que nous ne disons pas qu'il n'y a pas de manifestations allergiques tuberculeuses ou

syphilitiques, ce serait abominablement inexact. Mais dans ce cas, ce sont les germes ou leur toxines qui sont responsables, en tant que réactogènes, ce n'est pas le terrain ; et la médication spécifique est alors efficace.

Le deuxième fait, c'est qu'il ne faut pas nier que la tuberculose ou la syphilis sont susceptibles de créer un terrain favorable à l'allergie ; mais c'est indirectement, par les conséquences que ces infections sont capables d'entraîner sur le fonctionnement de certains organes, en particulier du foie, au niveau duquel elles peuvent créer des perturbations. Ce n'est pas parce que tuberculeux ou syphilitique que le terrain devient propice, mais parce que porteur d'un dysfonctionnement hépatique, par exemple.

En un mot, ces infections ne créent pas un terrain allergique ipso facto, mais ont seulement la possibilité de déterminer secondairement des dysfonctionnement susceptibles de l'engendrer. Ce sont, à notre sens, de simples FACTEURS PREDISPOSANTS dont le traitement est bien entendu nécessaire, et peut être efficace si les lésions dont ils sont responsables sont encore régressives.

2° Point.

Quelle est la qualité de la « dépuration » de l'organisme ?

C'est avec intention que nous employons ce terme imprécis dans lequel nous englobons non seulement les fonctions d'élimination, mais encore les fonctions anti-toxiques, les fonctions régulatrices des divers

métabolismes, etc... C'est dire en un mot, que dans le domaine pratique, le médecin devra s'attacher à rechercher les déficits fonctionnels, hépatiques et rénaux.

Le terme d'insuffisance hépatique ne doit plus être employé sans le contrôle du laboratoire ; en tout lieu, même dans le village le plus isolé, l'épreuve de la galactosurie provoquée est réalisable. Le praticien peut lui-même s'assurer de la valeur de la cellule hépatique par l'étude si simple de la fonction quiniopexique (Weill, Chiray, Pallardo, Bailly et Decrop — Lebon, Chousat et Mlle Nouredine) dont les résultats sont vraiment comparables à ceux de la galactosurie provoquée. Notre pratique de cette réaction est maintenant assez longue pour pouvoir en affirmer l'intérêt dans l'exercice quotidien. Facilement réalisable aussi est la réaction de floculation nouvellement proposée par Gross (*Conc. Méd*).

Par ailleurs, l'examen des urines, l'étude de la perméabilité rénale (P.S.P.) et une constante d'Ambard s'imposent. L'étude chimique du sang (urée, cholestérol, ac. urique, chlore, sucre) est de première nécessité.

Le but de ces recherches, c'est évidemment la mise au point d'un traitement approprié, mais surtout l'établissement d'un régime rationnel, évitant tout apport nuisible ou excessif, mais aussi toute carence. Si nous insistons sur ce point, c'est que nous avons vu trop de malades soumis à une alimentation restrictive sans profit, s'améliorer par la reprise d'un régime plus copieux et judicieusement équilibré.

L'intérêt des troubles de la « dépuration » dans le

terrain allergique n'est pas douteux ; mais on doit signaler que leur correction seule ne nous a jamais donné de guérison. Par contre, elle nous a apporté chez divers malades le succès, en l'associant à diverses méthodes de désensibilisation qui, isolées s'étaient montrées inopérantes. Ces troubles constituent pour nous des FACTEURS FAVORISANTS de l'allergie.

3° Point. L'étude des déséquilibres.

Ils peuvent être multiples, mais dans la pratique on peut les réduire à trois essentiels :

le déséquilibre glandulaire ;
le déséquilibre acido-basique ;
le déséquilibre sympathique.

A. — *Le déséquilibre glandulaire.*

Tout médecin a vu certaines femmes présenter au cours de leurs grossesses des accidents allergiques disparaissant après l'accouchement, ou, au contraire, guérir spontanément des troubles identiques au cours de leurs diverses gravidités. Nous connaissons les accidents allergiques au cours de la menstruation et de la ménopause (Godel). Récemment, nous avons vu une malade faisant une urticaire à peu près constante depuis 3 ans, coïncidant avec une menstruation capricieuse. L'urticaire folliculinique de la puberté a été mise en évidence (Clément et Riant). Thiers, Racouchot et Moindrot ont publié un cas d'œdème de Quincke et de crises de foie survenue chez une jeune femme après castration, et guérie par inclusion de

folliculine et injections de corps jaune. Nous avons personnellement obtenu des guérisons par le rétablissement de l'équilibre hormonal génital que permet la thérapeutique actuelle. On sait aussi que des urticaires chez des Basedowiens ont disparu par la thyroïdectomie sub-totale (Welti). Il semble donc bien établi que le déséquilibre glandulaire a un rôle dans la constitution du terrain allergique.

B. — *Le déséquilibre acido-basique.*

Il n'est pas négligeable, et facile à rechercher ; soit par la méthode du pH sanguin, de la réserve alcaline, soit suivant la méthode de Goiffon, par l'examen des urines. Les travaux de Spillmann et de son école sur le pH en dermatologie sont particulièrement instructifs. Sa recherche systématique a récompensé nos efforts. L'exemple le plus probant est celui d'une jeune fille de 20 ans qui faisait des manifestations allergiques cutanées de la face depuis plusieurs années. Toutes les méthodes de désensibilisation tentées étant demeurées sans succès, elle a perdu courage. Nos examens nous ont montré une déviation considérable en acidose ; un régime approprié et une médication alcaline l'ont délivrée en quelques semaines ; la guérison s'est maintenue depuis 4 ans.

L'étude de l'équilibre acido-basique est importante non seulement pour l'établissement d'un régime, mais aussi pour le choix d'un traitement désensibilisant : en effet, si l'on prescrit de l'hyposulfite de soude à un malade à pH élevé, nous ne nous contentons pas de ne pas le désensibiliser, mais nous aggravons son

alcalose, et partant, ses accidents allergiques. D'ailleurs, la correction de ce déséquilibre est délicate, et demande le secours fréquent du laboratoire ; car il n'est pas difficile d'entraîner la déviation en sens opposé et alors, l'optimum dépassé, on voit à une phase d'amelioration succéder une reprise des accidents.

Les succès que donnent dans certains cas d'eczéma la consommation de lard conseillée par les Américains pourraient bien survenir chez les sujets en état d'alcalose, hypothèse ne minimisant en rien les autres raisons invoquées par des travaux français.

C. — *Le déséquilibre vago-sympathique.*

Il est possible maintenant aux médecins de classer les malades présentant des troubles du tonus vago-sympathiques ; les diverses épreuves, les différents réflexes nous permettent en effet d'en faire 3 groupes : les hyper-sympathicotoniques, les hyper-vagotoniques, et les amphotoniques.

Ne pensons pas cependant, par cette répartition prévoir toutes les éventualités ; il faut compter en effet avec l'autonomie des terminaisons de ce système, avec le méta-sympathique, dont les réactions sont difficilement explorables. Quoi qu'il en soit son étude est grosse d'intérêt par les conséquences thérapeutiques qu'elle entraîne. Il a été possible de guérir certaines urticaires par du tartrate d'ergotamine (Bellières, Tzanck, Flandin), de traiter efficacement par la belladone ou l'atropine des accidents allergiques digestifs chez des hyper-vagotoniques.

Les heureux résultats obtenus par des traitements

strictement dirigés contre ces divers déséquilibres montrent leur importance, et nous les considérons comme des FACTEURS ESSENTIELS de l'allergie.

Dans ces conditions, nos succès thérapeutiques ne devraient pas être si rares ; mais ce qu'il ne faut pas ignorer, c'est qu'il est exceptionnel de trouver un déséquilibre isolé ; il y a dans la pratique une quasi-constante association ; ils sont tous en fait inter-dépendants. La relation du système vago-sympathique et des glandes endocrines est bien connue. Par ailleurs, on sait que si le pH du milieu intérieur est alcalin, les sécrétions de la choline et les réactions du para-sympathique sont favorisées ; si au contraire il est acide, c'est la prédominance de la sécrétion adrénalinique et des réactions ortho-sympathiques. Il est établi de même qu'en alcalose les ions potassium dominent, alors que les ions Ca ont le premier rang en acidose. Comme on le voit, le problème demeure complexe ; son étude doit donc être de plus en plus approfondie.

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE DU SYNDROME A BASCULE

Toutes les considérations précédentes, qui tendent à expliquer les divers accidents allergiques, ne permettent pas de comprendre quel est le mécanisme présidant au syndrome à bascule relaté dans nos observations.

La brusquerie de cette réversibilité clinique ne peut relever que de modifications brutales et intenses. La logique nous invite à les rechercher au niveau des éléments les plus délicats, les plus sensibles, les plus impulsifs de notre organisme, c'est-à-dire au niveau du système neuro-végétatif.

Les 6 malades dont nous avons rapporté l'histoire sont bien connus de nous. Nous les avons observés et suivis pendant des années, traités pour les affections les plus diverses ; et tous, nous l'avons déjà souligné, sont des amphotoniques à prédominance sympathique. Nous avons noté d'autre part, chez chacun

d'eux, qu'au moment de l'éruption urticarienne, ils étaient en hyper.sympathicotonie, et au moment du syndrome viscéral, en hypervagotonie. Nous devons retenir également qu'ils sont tous porteurs d'un foie déficient.

Pour nous, le déroulement des accidents s'opère suivant ce protocole : quel que soit le mode d'entrée de l'antigène, les premiers accidents éruptifs sont dus au choc allergène — réagine au niveau de certaines régions sensibilisées ; ce choc se produisant lors de l'élimination trans-cutanée des toxines. C'est donc un temps qui se réclame de l'anaphylaxie ; nous n'avons pas à nous étendre, nous sommes dans le classique.

Ce processus congestif, œdémateux, qui va s'étendre par réflexe d'axone, entraîne par l'excitation de certaines terminaisons spéciales du méta-sympathique la sécrétion d'histamine. Cette histamine, reprise par la circulation, va déclencher une poussée subite d'hypervagotonie, d'où résulteront deux conséquences : la première c'est le déclenchement de la crise abdominale ; la seconde c'est l'arrêt de l'urticaire.

Le premier point ne mérite pas de développement : l'histamine source d'hypervagotonie, et l'hypervagotonie source d'accidents de la sphère digestive, sont des faits bien établis.

Il n'en va pas de même de notre seconde affirmation : la disparition de l'urticaire. Nous devons nous y arrêter. D'après notre expérience, les poussées urticariennes se présentent toujours chez des sujets soit en état d'hyper-sympathicotonie, soit au moins en état de tonus neuro-végétatif normal. Ce n'est pas

une opinion admise par tous les auteurs. Le nombre de nos malades est maintenant tel que nous avons peine à y voir une coïncidence. D'ailleurs, dans son livre sur les urticaires, Joltrain écrit : que sur 110 urticariens il a trouvé « le plus souvent » un équilibre vago-sympathique normal, et dans 36 cas un état d'hypersympathicotonie. Il ne reste que peu de place pour les individus à vague excité. Dans ce même livre, on trouve l'histoire « d'une urticaire généralisée qui, traitée par un bain froid, disparaît brusquement, rapidement remplacée par un accès d'asthme qui lui-même le lendemain est à nouveau remplacé par de l'urticaire ». Dans ce cas, l'asthme, manifestation éminemment vagale, a bien fait disparaître l'urticaire brusquement. La libération histaminique par bain froid est une notion bien établie, et nous conservons le souvenir d'avoir vu au bord de la mer des enfants présenter des accidents vagotoniques sévères, dus à ce mécanisme, déclenchés par le bain.

Enfin, pour notre part, nous n'avons jamais guéri l'urticaire par la belladone ou l'atropine, ce qui est, au contraire, possible avec un sympatholytique, tel que le tartrate d'ergotamine.

Si nous considérons la tendance sympathicotonique comme éminemment favorable à l'éruption ortiée, on nous opposera deux objections :

1°) Comment se fait-il qu'on utilise l'adrénaline dans le traitement de l'urticaire aiguë ?

2°) Comment se fait-il qu'il puisse y avoir coexistence entre une urticaire et des manifestations allergiques viscérales ?

Nous répondrons en premier lieu que l'injection d'adrénaline contre l'urticaire n'est qu'un traitement palliatif dont l'action est éphèmère, beaucoup plus manifeste sur le prurit qu'elle apaise momentanément, que sur l'éruption qu'elle n'influence pratiquement pas. Les résultats obtenus ne nous paraissent pas fonction des qualités sympathicomimétiques de la drogue, mais de son rôle antagoniste de l'histamine. Comme telle, elle interdit la libération de cette substance, donc le prurit et ses conséquences éruptives ; mais c'est chose transitoire, l'action de l'adrénaline s'efface, l'histamine réapparaît, démangeaisons et papules également.

D'autre part, en ce qui concerne l'évolution simultanée de l'urticaire et de l'allergie abdominale, nous dirons que nous n'y voyons pas une contradiction avec la pathogénie que nous proposons pour le syndrome à bascule, pathogénie tendant à interdire l'urticaire pendant les poussées vagotoniques. En effet, il peut y avoir des manifestations viscérales allergiques au cours d'états sympathicotoniques, permettant le déroulement concommittent de poussée urticariennes.

Mais on peut nous opposer les lignes de Joltrain qui déclare avoir constaté 15 % d'urticaire et d'asthme parmi les malades de sa consultation de l'hôpital Cochin ; cette affirmation paraît donc en opposition complète avec notre formule : l'asthme étant vraiment un syndrome vagal. Pourtant les choses peuvent se concilier, car les variations du tonus vago-sympathique ne sont pas régies par un seul et même

principe. Si en effet, dans le cas de syndrome à bascule qui nous occupe, ces variations s'équilibrent parfaitement, et se réclament du schéma de la balance (Eppinger et Hess), dans les cas d'association d'urticaire et d'asthme, et d'une manière plus large, de syndromes viscéraux vagotoniques, on peut invoquer le schéma du battant de porte (Laignel-Lavastine) suivant lequel l'excitation de l'un des deux systèmes entraîne à un degré différent sans doute, mais entraîne tout de même une excitation de l'antagoniste. On sait que l'activation et la frénation ne sont pas obligatoirement généralisées, elles peuvent être localisées, et suivant les territoires, c'est l'ortho ou le para-sympathique qui prédominera. Rien ne s'oppose donc à une sympathicotonie au niveau des téguments combinée à une vagotonie viscérale.

Revenant à notre syndrome, nous pensons donc qu'une poussée d'hypervagotonie intense et généralisée déclenche les crises abdominales en supprimant l'éruption urticarienne. De ce fait, les téguments reprennent leur statut normal, et la sécrétion de l'histamine est terminée. L'hypervagotonie, qui n'est plus entretenue par l'arrivée de nouvelles doses d'histamine, s'épuise, et le syndrome abdominal va prendre fin. C'est à ce moment que le rôle de la déficience hépatique intervient. En effet, à la suite de l'activité intense déclenchée au niveau du tractus digestif par la vagotonie, le foie, troublé dans ses diverses fonctions, et en particulier dans ses fonctions antitoxiques, laisse filtrer des albumines non assimilables, qui parvenues à l'émonctoire cutané déclenchent une

nouvelle poussée d'urticaire chez le malade dont l'hypervagotonie a cessé. Et le cycle recommence.

C'est une véritable chaîne sans fin, sur l'évolution spontanée de laquelle nous ne sommes pas renseignés ; car bien entendu les malades n'ont pas été livrés à leur propre sort, mais soumis à un traitement, plus ou moins heureux sans doute, mais à coup sûr perturbateur.

Notre proposition pathogénique, basée sur des faits cliniques longuement observés, nous paraît rationnelle. Nous ne nous dissimulons pas la part hypothétique qu'elle comporte. Elle ne constitue d'ailleurs qu'un modeste essai, le titre du travail l'indique, elle ne prétend pas à autre chose.

CONCLUSIONS

Le syndrome à bascule que nous rapportons se caractérise par la succession brutale et alternante de poussées d'urticaire et de crises abdominales douloureuses, et se déroule en un seul épisode dont la durée varie de plusieurs jours à plusieurs semaines. Il se produit chez des sujets amphotoniques à foie déficient. Les crises ortiées éclatent quand l'état sympathicotonique prédomine, les manifestations viscérales, au contraire, lorsque il y a prévalence de la vagotonie.

Le mécanisme pathogénique nous paraît le suivant : la première éruption relève de l'anaphylaxie par choc allergène-réagine. A ce moment certaines terminaisons du méta-sympathique excitées par le processus cutané secrètent de l'histamine qui, reprise par la circulation générale, déclenche une poussée de vagotonie. Cet état détermine la crise abdominale, et met un terme à l'urticaire.

La fin de la poussée urticarienne arrête à son tour la libération cutanée de l'histamine, la vagotonie va donc cesser et les accidents viscéraux disparaître.

A la suite de l'hyperactivité que cette crise a déterminée au niveau du tractus digestif, le foie insuffisant va laisser filtrer des albumines non assimilables, qui lors de leur élimination cutanée vont provoquer une nouvelle poussée urticarienne, et le cycle va recommencer.

Vu : le Doyen de la Faculté,
Léon BINET.

Vu : le Président de thèse,
Léon BINET.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CABANNES.

BIBLIOGRAPHIE

ALMELA-GUILLIN. — L'allergie en clinique ; éruptions cutanées. *Medicina-Espanola*, an 4, n° 31, août 1941, p. 136.

ALPERN (D. E.). — L'acétylcholine du sang dans l'ulcère gastro-intestinal. *Presse Méd.*, 1947, 55, n° 49, p. 555-556.

ANDINA. — Lésions hépatiques liées à l'allergie. *Klin. Woch.*, 1937, n° 13, p. 443.

ANTONIOLI. — Syndrome abdominal aigu, par purpura de Henoch. *Riforma Medica* (Naples), 1946, an 52, n° 45.

ARIANOFF. — Un cas d'infarctus intestino-mésentérique progressif du grêle par choc d'intolérance. *Le Scalpel* (Bruxelles), 1941, n °16, p. 1012.

ASSELIN. — Infarctus total du grêle, du groupe : infarctus par choc d'intolérance. *Ac. Chir.*, 3. II. 1937, rapporteur M. Grégoire.

AUBRY-THIODET-RIBÈRE (Alger). — Les états anaphylactoïdes ; modifications humorales ; rôle des fractions protidiques ; traitement. *Presse Méd.*, 1937, n° 43, p. 794.

AUMONT (Versailles). — Infarctus du grêle, guéri par injection d'adrénaline. *Ac. Chirurgie*, 12-11-1941, rapporteur M. Sicard.

BACKY. — A propos des rapports de M. Grégoire sur les infarctus de l'intestin et du mésentère par choc d'intolérance. *Ac. Chir.*, 17-2-1937.

BAILLY et DECROP. — A propos d'un procédé d'exploration simple de l'état fonctionnel du foie. *Maroc Médical*, déc. 1944, p. 319-320.

BERMANN. — Urticaire et pancréas. *Thèse Paris*, 1936, n° 494.

BERNSTEIN. — Sur la guérison de certaines urticaires par appendicectomie. *Thèse Paris*, 1937, n° 495.

BERTRAND. — Sur un cas de diagnostic difficile de syndrome abdominal douloureux. *Jl Prat.*, 1937, an 51, n° 18, p. 296.

BINET et Mlle MARQUIS. — La destruction de l'histamine par le poumon. *C. R. Sté Biol.*, 1935, vol. 118, p. 1285.

BLAMOUTIER. — Allergie digestive ; sensibilisation à un produit de désintégration de la protéine alimentaire. *Presse Méd.*, 1945, n° 13, p. 162.

BOHM. — Corrélation entre la peau et la sécrétion interne. *Orvosi Hetilap*, 1937, t. 81, p. 836.

BORDA. — Allergie cutanée ; ses relations avec les infections générales. *Prensa Med. Argentina*, 1938, 26, n° 37, p. 1787.

BOUDREAUX. — Sur un cas d'infarctus intestinal, difficulté de diagnostic avec iléite terminale ; insuffisance de la thérapeutique antichoc. *Ac. Chir*, 19-2-1941, rapporteur M. Petit-Dutaillis.

(26-3-1941, M. P. MOULONGUET récuse le diagnostic d'infarctus, in *Presse Méd.*, mars 1941, n° 31-32, p. 388).

BUCHWALD. — Recherche sur l'influence du système nerveux sensitif sur la pathogénie des affections allergiques. *Méd. Klin.*, 1940, 36, n° 47, p. 1302.

CALVET. — Estomac et dermatoses. *Thèse Lyon*, 1930.

CATHALA — GARCIN — LAPLANE. — Réitération de la paralysie post-sérothérapique. *Presse Méd.*, nov. 1938.

CHEVALLIER René. — Les hémorragies gastriques ; étude gastroscopique. *Lyon médical*, t. 159, n° 1, 1937, p. 3-16.

CHEVALLIER Paul et Fr. MOUTIER. — Œdèmes angio-neurotiques de l'estomac. *Presse Méd.*, 1946, n° 63, p. 860.

CHEVALLIER Paul et COLLIN. — Urticaires guéries par appendicectomie. *Revue Fr. Derm.*, 1937, p. 102.

CHEVALLIER Paul et Fr. MOUTIER. — Urticaire aiguë avec éruption intra-gastrique. *Arch. Mies App. Dig. et Nutr.*, 1945, t. 32, n° 3-4, p. 95.

CHEVALLIER — COLLIN et MOUTIER. — L'estomac des urticariens. *Cong. Derm. Budapest*, 1936, t. II, p. 104.

CLARA P. — Un cas d'urticaire avec œdème de Quincke guéri par le mélange histamine-histidine à la dose d'une goutte par jour. *Sté Derm.*, 1939, p. 951, R. L.

CLEMENT et RIANT. — Urticaire folliculinique de la puberté. *Sté Méd. Hôp.*, 13-6-1941.

CLEMENT-SIMON. — Nouvelles Lettres, 14e lettre.

CO. — La constitution allergique. *Sem. Méd. Esp.*, 1939, n° 37, p. 635.

Condroyer. — Traitement de la maladie du sérum par les injections intra-dermiques d'histamine. *Conc. Méd.*, 1943, n° 1.

Cornil — Jouve — Fournier. — L'électrocardiogramme du choc histaminique. *Presse Méd.*, 1941, n° 76-77, p. 939.

Coste — Marceron — Piguet. — L'histaminémie dans quelques dermatoses. *Ann. et Bull. Sté Derm.*, 1944, n° 3-4, p. 77.

Cotelli. — Le phénomène de la réascension histaminique des manifestations allergiques cutanées et viscérales. *Policlinico*, 1937, an 44, n° 10, p. 491.

Debeyre (J.). — Infarctus intestinal. *Thèse Paris*, 1942.

Decourt (Ph). — Traitement des équivalents de l'asthme par des anti-histaminiques. *Conc. Méd.*, 1943, n° 19, p. 388.

Desaux (A.) et Pretet (H.). — Contribution à la pathogénie des éruptions d'urticaire, d'acné miliaire et d'acné rosacée de la face. *Ann. et Bull. Sté Derm.*, 1944, n° 3-4, p. 88.

Desaux (A.). — Le problème de la sécrétion interne cutanée ; les faits expérimentaux. *Presse Méd.*, 1940, n° 36-37, p. 411.

Desaux (A.) et Pretet (H.). — Dermatoses digestives à retardement. *Ann. et Bull. Sté Derm.*, 1945, n° 11-12.

Dracoulides. — Un cas d'urticaire par fatigue, émotion, colère ; vent, eau froide, irradiation solaire ; constatation d'auto-colloïdollasie et d'alcalose. Guérison par traitements étiologiques. *Revue Fr. Derm.*, avril 1938, p. 174.

DUBREUILH. — Précis de Dermatologie, 4e Ed., 1917, p. 233.

FIESSINGER (N.) et GAJDOS (A.). — Urticaire et histamine, 1937.

— L'hyperergie cutanée histaminique acquise dans l'urticaire. *Presse Méd.*, 1945, n°1.

FISCHER. — L'énigme posée par un syndrome douloureux thoraco-abdominal avec angoisse. *Conc. Méd.*, 1937, an 59, n° 1, p. 25.

FROLICH. — Altérations sérologiques et traitement des maladies allergiques. *Wiener Med, Woch.*, 1941, n° 4, p. 73.

FUHS. — Manifestations cutanées dans les maladies allergiques. *Wiener. Klin. Woch.*, 1939, n°4, p. 988.

FULD. — A propos de d'urticaire d'origine appendiculaire. *Presse Méd.*, 1937, n° 22, p. 428.

GALUP (Ph.). — Psychisme et asthme. *Sté Hyd. et Clim. Méd. Paris*, 1937, n° 22, p. 428.

GODEL. — Réactions allergiques au cours de la menstruation et de la ménopause. Essai pathogénique et traitement. *Presse Méd.*, 1940, n° 77-78, p. 798.

GOLDSTONE (B. W.) et LE MARQUANT (H. S.). — Un syndrome aigu simulant une affection abdominale. *Presse Méd.*, 1947, n° 43, p. 491.

GRANDMAISON. — Manifestations abdominales douloureuses au cours de la maladie sérique. *Gaz. Méd. Fr.*, 1-5-1934.

GRÉGOIRE (R.). — Infarctus de l'intestin par choc d'intolérance. *Jl. Chir.*, 1936, n° 3, p. 305.

GRÉGOIRE. — Infarctus de l'intestin. *Ac. Chir.* 5-6-7 juillet 1937.

GRÉGOIRE et COUVELAIRE. — Réflexions sur la maladie dite infarctus de l'intestin. *Paris Méd.*, 1941, 31, n° 14-15, p. 206.

GOUGEROT. — L'urticaire. *Jl. des Prat.*, 1946, 60, n° 30, p. 237-242.

HANDEN. — La gastrite allergique. *Deut. Med. Woch.*, 1941, t. 67, n° 8, p. 197-203.

HAXTLAUSEN. — Pathogénie des eczémas allergiques élucidée par les expériences sur la sensibilisation avec le dinitro-chloro-benzène. *Acta Derm. Vén.*, 1939, t. 20, mai, fasc. 3, p. 257-272.

HECHT — RAPPAPORT — BLOCH. — Cheilite, éruption et allergie gastro-intestinale par l'éosine d'un rouge à lèvres. *Jl. Med. Ass. Chicago*, 1939, vol. 113, n° 107, p. 2410.

HERBLANT — MORIN. — D'une variété d'exanthème dans l'embarras gastrique aigu fébrile. 1886.

HUGUIER. — L'infarctus entéro- mésentérique. *Jl Prat.*, 1946, 60, n° 26, p. 201-206.

JANKELSON et Ch Mc CLURE. — Skin lesions during the course of ulcerations colitis. *Acta Derm. Ven.* mars 1940, vol. 21, fasc. 2, p. 255.

KAMMERER. — Troubles allergiques gastro-intestinaux. *Wiener Klin. Woch.*, 1941, n° 1, p. 5.

KLEINE NATROP. — Les facteurs allergiques des douleurs de l'ulcère. *Deut. Med. Woch.*, 1947, 72, n° 37-38, p. 543-551.

LACROIX. — L'infarctus anaphylactique du grêle. *Conc. Méd.*, 1941, n° 4, p. 150.

LEBON (J.) — CHOUSSAT et Melle NOUREDINE. — L'exploration fonctionnelle du foie par l'épreuve de la quinine. *Algérie Méd.*, janv.-fév. 1946, n° 1, p. 1.

LIMA. — L'allergie clinique. *Brasil Med.*, 1939, an 53, n° 41, p. 954.

LOEPER. — De l'urticaire à l'ulcus gastrique. *Ac. Méd.*, 5-11-1946.

LORTAT-JACOB. — Hormones et eczémas. *Paris Méd.*, 1940, an 30, n° 1-2, p. 4.

— Le seuil de tolérance cutanée, rôle du sympathique. *Paris Méd.*, 1937, n° 22, p. 477.

LOVERDOS. — Infarctus du mésentère et de l'intestin. *Ac. Chir.*, 3-11-1937.

MAGNANT (J. S.). — Sur un cas d'infarctus intestinal guéri sans intervention par injection d'adrénaline. *Sté Chir. Bordeaux et S. O.*, 22-4-1937.

MARGAROT, RIMBAUD (PR.), RAVOIRE (J.) et DELMAS (A.). — Equivalents cutanés d'accès paludéens. *Sté Sc. Méd. et Biol. Montpellier et Languedoc Médit.*, 4-4-1941.

MARTINET. — Guérison d'urticaire par appendicectomie. *Thèse Lyon*, 1931.

MELCHIOR. — Syndrome péritonéal aigu comme réaction d'hypersensibilité. *Schw. Med. Woch.*, 1937, an 67, n° 40, p. 950.

MICHELET. — Asthme gastrique. *Conc. Méd.*, 1937, n° 43, p. 2961.

Mougneau. — L'allergie ; ses applications en dermatologie. *Jl. Méd. Bordeaux*, 1937, an 114, n° 45-46, p. 421.

Miclot. — L'infarctus intestinal des anciens opérés. *Méd. Trop.*, 1945, n° 3, p. 219-221.

Parrot — Debray — Richet. — Valeur élevée de l'histamine sanguine chez les malades atteints d'ulcère gastro-duodénal ; amélioration des troubles fonctionnels par un antagoniste de l'histamine. *Ac. Méd.*, 12-11-1943.

Polony. — Deux cas de syndrome abdominal douloureux. 1°) par rasch pré-varicellique ; 2°) par purpura à localisation péritonéale primitive ; intervention, guérison. *Ac. Chir.*, 1937, 20 août ; M. Basset rapporteur.

Riant (J.). — Contribution à l'étude de l'urticaire ovarienne de la puberté. *Thèse Paris*, 1939.

Roger — Sicard — Paillas (J.). — Urticaire fébrile, pseudo-paraplégie par arthropathie anaphylactique, troubles hépato-rénaux. *Sté Méd. Marseille*, 12-5-1937.

Rush et Somogyi. — Modification du potassium sérique dans certains états allergiques. *Jl. Méd. Ass.*, vol. 112, n° 23, 1939, p. 2395-2398.

Sedillot (J.). — Pahogénie de l'urticaire. *Monde Méd.*, 15-10-1931.

— L'eczéma, l'urticaire et les dermatoses prurigineuses ; leur pathogénie et leur traitement.

Seylye. — Appendicite phlegmoneuse aiguë produite par l'administration intra-veineuse d'histamine. *Lancet*, 1936, n° 5908, p. 1210-1211.

SOULLARD (J.). — La recto-colite hémorragique. *Conc. Méd.*, 1942, n° 22-23-24, p. 521.
— La recto-colite hémorragique, pathogénie, traitement. *Thèse Paris*, 1941.

SPILLMANN. — Le pH en dermatologie ; obs 104, p. 168.

SZUGOL. — Les urticaires du système nerveux. *Thèse Paris*, 1937, n° 272.

THIERS — RACOUCHOT — MOINDROT. — Prurit vulvaire, œdème de Quincke et crises de foie après castration chez une jeune femme. Guérison depuis 1 an par inclusion de folliculine et injections de corps jaune. *Ann. et Bull. Sté Derm.*, 1946, n° 11.

TROUSSEAU. — Les cliniques. De l'urticaire.

TUFT et TUMEN. — Intolérance à la graisse et au sucre, cause de symptômes gastro-intestinaux. *J.A.M.A.*, 1946, 130, n° 10, p. 624-627.

URBACH. — Tractus gastro-intestinal et peau. *Wiener Klin. Woch.*, 1937, n° 40, p. 1398.
— Tube gastro-intestinal et peau. *Wiener Med. Woch.*, 1937, n° 11-12, an 87, p. 292.

UNNAS. — Le contrôle humoral de la phase sécrétrice de l'estomac. *Schw. Med. Woch.*, 1946, n° 21, p. 463-465.

VAGUE et BOSCH. — Hépato-néphrite aiguë et anaphylaxie. *Mars. Méd.*, 1937, an 74, n° 19-20, p. 7.

PASTEUR-VALLÉRY-RADOT, BLAMOUTIER (P.), CLAUDE (F.), et DE LAVEDAN (A.). — Rôle de l'équilibre A-B dans certains eczémas et dans certaines urticaires. Un cas de provocation à volonté d'urticaire ou d'asthme par modification de l'équilibre A-B. *Presse Méd.*, 1937, n° 20, p. 376.

VON VEGH. — Un cas intéressant d'hépatopathie allergique. *Klin. Woch.*, an 16, 1937, n° 1, p. 19.

VINCHON. — Les syndromes sympathiques. *Petit Précis.* Paris.

VOSS. — Variations de la sécrétion gastrique, non comme cause, mais comme suite d'affections cutanées. *Münch Med. Woch.*, 1937, n° 37, p. 1486.

WALTER et NEPVEUX. — Les épreuves sérologiques de —l'insuffisance hépatique. *Ac. Mne*, 2-3-1948.

WEILL (O.). — Une méthode d'exploration fonctionnelle du foie par le sulfate de quinine. *Jl. Belge gastro-entérologie*, t. VI, n° 6, p. 462-466.

WELTI. — A propos de d'urticaire des Basedowiens et de sa disparition après thyroïdectomie sub-totale. *Sté Thérap.*, 9-6-1937.

WIEST. — Eude de la tension artérielle et de la leucocytose dans l'urticaire au froid. *Bull. Sté Fse Derm.*, février 1940, R.S., p. 26.

WILLEMIN-CLOG. — Syndromes douloureux abdominaux au cours de la maladie sérique. *Phare Médical*, nov. 1938.

WORINGER. — Ce que nous apprend l'étude de l'allergie du nourrisson. *Brux. Med.*, 1947, n° 45.

WOSS. — Peau et troubles de la sécrétion gastrique. *Derm. Woch.*, 1940, vol. 112, n° 32, p. 686-688.

ZANCHI et BONDUEL. — Dermatose allergique par intoxication à l'aniline. *Rev. Ass. Med. Argentina*, 1945, t. 59, n° 1, p. 1322.

L'Imprimerie de l'Anjou — Angers — Dépôt légal 3e trimestre 1948, n° 123